

保健所保健婦がコーディネーター

千葉県船橋保健所 (保健婦) 中村知江¹⁾

類型

高齢の配偶者と二人暮らし。社会資源を最大限に利用しながら在宅療養5年7か月を経過。
同市で初めての在宅人工呼吸器装着患者

患者

74歳の女性, (ALS)

家族

77歳の夫と2人暮らし。主たる介護者は夫。長男と次男は近県に居住

経過

66歳で発病し1年4か月後、九州の大学病院で診断後、県内の大学病院に転院やがて通院困難になり近医転院。69歳の時、胃瘻造設のための入院中に呼吸困難に陥り人工呼吸器を装着。年2回介護負担軽減のための入院をくりかえしながら在宅療養を継続。

地域特性

千葉県北西部に位置し、昭和30年代半ばころから急速に人口が増加し始めた地域で、市域の大部分はなだらかな台地で商店街、住宅地、畑地が広がる地域

A D L

退院時から寝たきり。退院後2年8か月頃までは、文字板でコミュニケーションがとれたが現在はわずかなまばたきによる会話のみ。経管栄養・留置カテーテル使用

ケアコーディネーター

退院するまでは病院のケースワーカー、在宅療養に移行してからは保健所保健婦

コ・ディネ・ト内容

保健所は特定疾患申請時に把握、予後及び意志決定について病院と相談していた。装着後は退院に向けて病院のケースワーカーが中心となって市保健所と話し合いを進めた。当初「このように医療依存度の高い患者の在宅療養は困難」という意見もあったが、本人・家族が在宅療養を希望したので、退院にむけて会議をかさねた。院内面接と看護処置の実習を行ってから保健所で調整会議(専門医、医師会、主治医、病院ケースワーカー、訪問看護婦、行政保健婦、障害福祉課、入浴車担当、社協ボランティアコーディネーター)を開催。その後も看護体制、緊急時連絡体制、ヘルパーとボランティアの役割分担等の話し合いを繰り返し退院となる。退院後10日目に評価会議を開催。その後は、看護・介護関係者で月1回情報交換等を行っていたが、1年半を過ぎてからは隔月とし、現在は病状変化時や支援機関から問題提起のあった時に随時調整会議を開催している。

サービス内容

	月	火	水	木	金	土	日	備 考
訪 問 診 療								隔 週
訪問看護ステーション								
市 訪 問 看 護 婦								
保 健 婦								市と保健所で交互
ホ ー ム ヘルパー								
有償ボランティア								
入 浴 サ ー ビ ス								月 2 ~ 3 回
隣 人								夜 9 時 30 分 ~ 6 時 30 分
夫								
息 子								2 人 で 隔 週 1 泊 し 介 護

問題点と考察

- 介護者の夫は高齢であり，介護が不可能になった時は在宅療養の継続が困難となるが長期に入院できる病院がない。
- 夫が介護疲れをしないよう日中は最大限の支援体制を組んでいるが，夜間の介護体制が不十分。夜間の巡回ヘルプサービスはあるが，気管内吸引の問題があるため派遣なし。

1)
(現 安房保健所)